

# Personal Care Dental Group

## Consentimiento para el uso del anestésico local

El anestésico local es el medicamento utilizado en la odontología para adormecer los dientes y las encías para los procedimientos dentales. Mayoría de la gente se refiere a esto como novocaína, a pesar de que el anestésico real utilizado es generalmente lidocaína, carbocaína, marcaína, septocaína, y otros anestésicos "caine". Algunos de estos medicamentos también contienen una pequeña cantidad de epinefrina (adrenalina.)

Existen ciertos riesgos, aunque **raros**, asociados con la administración de anestesia. Los anestésicos dentales pueden causar cualquiera o todos los siguientes:

- Náuseas
- Vómitos
- Frecuencia cardíaca rápida
- Disminución de la frecuencia cardíaca
- Hematoma (desgarro e hinchazón de los vasos sanguíneos en el lugar de la inyección)
- Hematomas faciales en el lugar de la inyección
- Mareos
- Somnolencia
- Desmayos
- Disminución del azúcar en sangre
- Reacción alérgica
- Paraestesia (entumecimiento prolongado o permanente causado por daño a los nervios en el lugar de la inyección)
- Rotura de la aguja en tejido blando

Las secuelas más comunes de las inyecciones incluyen dolor en el lugar de la inyección hasta unos días después del procedimiento y apertura limitada de la mandíbula. A veces, estos síntomas pueden durar varias semanas.

Cualquiera de estos riesgos o complicaciones poco frecuentes podría requerir hospitalización y atención médica adicional a un costo adicional para usted.

Entiendo estos riesgos de los anestésicos locales y todas mis preguntas han sido respondidas.

**Para su salud, abstenerse de consumir marihuana, en cualquier forma, 48 horas antes de su cita dental, para no interferir con el anestésico local.**

Iniciales \_\_\_\_\_

**También entiendo que se me pedirá que re programe mi cita si estoy bajo la influencia de alcohol, narcóticos, marihuana, o cualquier otra sustancia controlada.**

Iniciales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Paciente – Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Tutor (si el paciente es menor de edad)  
Nombre de impresión

\_\_\_\_\_  
Firma del guardián

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha

